

курсов специальной лучевой терапии. В результате лечения исчезла опухоль пальпаторно и при КТ исследовании, исчез лимфостаз левой нижней конечности, прошли явления левостороннего варикоцеле. Пациент находится под наблюдением 5 лет. У трех оперированных пациентов гистологически обнаружена феохромоцитомы. У двух пациентов — миксосаркома. У одного пациента — липосаркома. У трех оперированных пациенток оказались недифференцированные неорганные опухоли малого таза со сдавлением мочеточников, мочевого пузыря, матки и

придатков. Выполнено удаление опухолей, экстирпации матки и придатков. В послеоперационном периоде в течение длительного времени не восстанавливался произвольный акт мочеиспускания, моча выводилась путем дренирования мочевого пузыря через уретру. Пятилетняя выживаемость 20%.

Отдаленные результаты лечения при первичных внеорганных забрюшинных злокачественных опухолях малоутешительны, 5-летний срок переживают не более 10–15% перенесших радикальные операции.

ТАКТИКА УРОЛОГА И ГИНЕКОЛОГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.Н. Лось², Н.Ю. Полион¹,
В.Н. Краснов³, Е.П. Украинец³, Е.А. Квятковский⁵, В.А. Леончик⁴, Г.В. Даниленко²*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «ДГБ №12» ДГС

³ КУ «Днепропетровская ОКБ им. Мечникова» ДООС

⁴ КУ «Новомосковская ЦРБ» ДООС

⁵ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ» ДООС

При беременности увеличивающаяся в размерах матка постепенно начинает мешать окружающим ее органам. Каждая беременность сопровождается рядом определенных изменений в работе почек. Это выражается в усилении почечного кровотока и клубочковой фильтрации примерно на 35–40%.

На протяжении беременности претерпевает изменения и диурез — от увеличения в 1-м триместре, нормальных значений во 2-м до уменьшения в 3-м.

Также для большинства беременных характерно расширение полостной системы почек и мочеточников, начинающееся в 1-м триместре, достигающее максимальных значений ближе к 6–7-му мес. и остающееся иногда вплоть до 12–14-й нед. после родов.

Беременность, как правило, создает благоприятные условия для развития и прогрессирования острого пиелонефрита. К этому приводят нарушение уродинамики верхних мочевых путей и наличие лоханочно-почечных рефлюксов.

Одним из главных факторов развития острого пиелонефрита у беременных считается бактериурия. У первобеременных преобладает мономикробная мочевая инфекция, а у повторно беременных — смешанная бактериальная флора.

Существует прямо пропорциональная зависимость вероятности развития пиелонефрита от степени выявляемой бактериурии. Чаще острый пиелонефрит развивается во 2-й половине беременности — у первобеременных на 4–5-м мес., а при повторных родах — на 6–7-м мес. беременности. При появлении воспаления почек в 1-е месяцы беременности можно думать о его существовании в дородовой период.

Помощь в постановке диагноза традиционно оказывают данные общеклинических, лабораторных и инструментальных методов исследований.

Острый пиелонефрит беременных входит в состав инфекций мочевыводящих путей (ИМП). ИМП — это группа заболеваний, сопровождающихся микробной колонизацией в моче (свыше 10 000 колоний микроорганизмов в 1 мл мочи) или микробной инвазией с развитием инфекционного процесса от наружного отверстия уретры до коркового слоя почек.

Каждая третья беременная переносит эпизод ИМП. Есть несколько факторов риска, predisposing к развитию ИМП во время беременности. Факторы, осложняющие течение ИМП, многообразны. Признаком осложненной инфекции является нарушение уродинамики,

вызванное обструктивными причинами, нейрогенными расстройствами и т.д. Наличие инородных тел (стентов, конкрементов) и операций на почках и мочевыводящих путях в анамнезе также относят инфекцию в разряд осложненной. ИМП признается осложненной при сопутствующих заболеваниях (сахарном диабете, почечной и печеночной недостаточности, вирусных инфекциях, инфекциях, передающихся половым путем). ИМП в период беременности считаются осложненными даже при отсутствии предшествующих урологических и нефрологических заболеваний.

Основным возбудителем ИМП является уропатогенная кишечная палочка, встречающаяся у 80% беременных.

Диагноз ИМП беременной устанавливается на основании следующих критериев: перенесенное ранее ИМП, клинические симптомы инфекций верхних или нижних мочевых путей, лейкоцитурия или пиурия, бактериурия. При диагностике ИМП прежде всего следует оценивать не критерий пиурии, а титр бактериурии. ИМП у беременных может иметь следующие варианты течения:

- бессимптомная бактериурия;
- острый уретрит;
- острый или рецидивирующий цистит;
- острый пиелонефрит.

Антимикробные лекарственные средства являются основным и обязательным компонентом терапии ИМП у беременных. По мнению экспертов Европейской ассоциации урологов, не следует назначать для лечения ИМП антибактериальные препараты (АБП), если резистентность уропатогенов к ним превышает 20%. При проведении антибактериальной терапии ИМП следует учитывать фармакокинетические характеристики препаратов и локализацию инфекции. При инфекции нижних мочевых путей (бессимптомной бактериурии, цистите) АБП должны создавать высокую концентрацию в моче, а при пиелонефрите – паренхиме почек, моче и сыворотке крови. Безопасность АБП в отношении плода целесообразно оценивать по классификации, разработанной Управлением США по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств (Food and Drug Administration – FDA).

Для лечения ИМП для беременных следует использовать следующие группы антимикробных препаратов:

- аминопенициллины (с ингибиторами β -лактамаз);
- цефалоспорины II–IV поколений;
- фосфомицина трометамол;
- азтреонам;

– карбопенемы (в качестве антибиотиков резерва).

Преимуществом β -лактамных антибиотиков и цефалоспоринов является их высокая клиническая и микробиологическая эффективность, а также безопасность. Доказано, что частота развития нежелательных явлений у пациенток, принимавших Супракс®, Солютаб® (цефиксим), была значительно меньше, чем у пациенток, принимавших Амоксиклав 625 (1,7% и 17% соответственно). Кроме того, при назначении Амоксиклава у беременных повышается риск развития некротических энтероколитов у недоношенных новорожденных. По мнению некоторых специалистов, у беременных с рецидивирующим циститом чрезмерное употребление АБП нецелесообразно, эффективнее назначить курс лечения АБП только в период обострения воспалительного процесса во избежание роста резистентности возбудителей.

Наряду с антимикробными препаратами в лечении ИМП у беременных важную роль играют средства растительного происхождения. Фитотерапия назначается в фазе активного воспалительного процесса в комбинации с АБП, в фазе ремиссии – для пролонгирования терапевтического эффекта, а также с целью профилактики развития ИМП у беременных, имеющих воспалительные урологические заболевания в анамнезе.

Во время беременности противопоказаны к приему травы – барбарис, дымянкa, цимицифуга, можжевельник, ламинария, полынь, мята болотная, сангвинария. Из официальных фитопрепаратов показано применение препарата Канефрон® Н (компания Бионорика СЕ, Германия), который представляет собой комбинацию травы золототысячника, корень любистка и листья розмарина. Он обладает разнонаправленным лечебным действием – диуретическим, спазмолитическим, антибактериальным, противовоспалительным, антиадгезивным. Анализ безопасности в клинической эффективности препарата Канефрон® Н у беременных показал отсутствие тератогенного, эмбриотоксического и фетотоксического эффектов, что позволяет применять его в комплексном лечении ИМП на любых сроках беременности. Эффективная профилактика препаратом Канефрон® Н достигается при длительном применении – не менее 3–4 месяцев. Она может проводиться непрерывно вплоть до родоразрешения или прерывистыми курсами с перерывом в 1–2 недели.

Мы провели анализ 310 карт беременных, пролеченных по поводу ИМП, находившихся на учете в женской консультации КДО «ДГБ №12» ДГС». Пациентки с ИМП полу-

чали Амоксиклав 625 по 1 т х 3 р в день – 10 дней плюс Канефрон ®Н по 2 др х 3 р. в день. 75% пациенток получали Супракс® Солютаб® (цефиксим 400 мг) по 1т х 1 р в день – 7–10 дней совместно с Канефроном®Н. Частота нежелательных явлений у пациенток, принимавших цефиксим, была значительно меньше, чем у пациенток, принимавших Амоксиклав.

Наличие ИМП не является поводом для прерывания беременности у пациенток. Все

женщины, перенесшие острый пиелонефрит во время беременности или в послеродовом периоде, должны подвергаться детальному урологическому обследованию и находиться под диспансерным наблюдением уролога по месту жительства. Динамическое наблюдение за этими пациентками и своевременное назначение им адекватной антибактериальной терапии совместно с фитопрепаратами – залог успешного излечения.

К ВОПРОСУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

*И.М. Русинко¹, А.А. Здор¹, Н.Ю. Полион²,
В.Н. Краснов³, В.А. Леончик⁴, Г.В. Даниленко¹*

¹ КУ «ДГБ №12» ДГС

² ГУ «ДМА МЗ Украины»

³ КУ «Днепропетровская ОКБ им. Мечникова» ДОС

⁴ КУ «Новомосковская ЦРБ» ДОС

Проблема профилактики, ранней диагностики и лечения опухолей наружных половых органов у женщин содержит в себе ряд парадоксальных положений. Несмотря на то, что данная локализация рака относится к разряду «визуальных», преимущественное число пациенток (более 66%) поступают на лечение с III–IV стадиями заболевания. Более того, у большинства пациенток развитию злокачественной опухоли предшествуют состояния и заболевания, имеющие ярко выраженную симптоматику (старческая атрофия вульвы, склеротический и атрофический лишай, крауроз и лейкоплакия вульвы), что, казалось бы, должно создавать предпосылки не только для своевременной ранней диагностики, но, самое главное, вторичной профилактики рака. По сути дела рак наружных половых органов – это злокачественная опухоль кожи, локализованная в известной анатомической зоне. Однако в биологическом отношении эти две локализации рака чрезвычайно образом отличаются друг от друга как по клиническому течению, так и по отдаленным результатам излечения. Больные раком наружных половых органов – это в основном пожилые пациентки с сопутствующими заболеваниями.

В настоящее время имеются прямые доказательства (серологические и молекулярно-биологические) роли вирусной инфекции в этиологии плоскоклеточного рака вульвы. При дан-

ной опухоли часто обнаруживают вирус человеческой папилломы типа 16, 18, 31 и 33, а также герпеса. Отмечено нередкое сочетание рака вульвы с остроконечными кондиломами.

В начальных стадиях больные отмечают зуд и жжение в области наружных половых органов. Боли присоединяются позднее и имеют место при прорастании опухоли в подлежащие ткани, преимущественно при ее локализации в области клитора. Новообразование может представлять собой бугристое разрастание, кровоточащее при прикосновении, или плотный узел, плоскую язву с неровным дном и валикообразными краями. В ряде случаев на поверхности наружных половых органов образуются разрастания типа кондилом, злокачественный характер которых на ранних стадиях установить не всегда удается.

Метастазирование происходит в основном лимфогенным путем благодаря обилию в этой области кровеносных и лимфатических сосудов.

Регионарными для рака вульвы являются поверхностные и глубокие паховые лимфоузлы, а также лимфоузлы, расположенные по ходу бедренных сосудов и преимущественно в верхнем отделе бедренного канала. При поражении опухолевым процессом клитора возможно метастазирование в наружные подвздошные лимфатические узлы таза без поражения поверхностных паховых лимфатических узлов. Метастатические узлы имеют округлую форму, плотную консис-